

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/1224 / 1574 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 30/12/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : ROSHAN ARA आवेदक का नाम		AGE-YEARS 52 वर्ष	SEX F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD SIRAJ पिता/पति का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS NARKELOANGA, KOLKATA 700011, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : 4000 x 12 = 48,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. XXXXXX XXXX आय का सत्यापन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1.	ROSHAN ARA	52	F	SELF	
2.	RUKSANA BEGUM	31	F	DAUGHTER	
3.	MD SAHAJ UDDIN	29	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नफ़ीस रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सामान्य वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु लिये गये निम्नलिखित उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescription Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — KE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी			

- [illegible]

1 (Application) hereby agrees to sell to the Mobile

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने समाधान या जवाब को आप सफाई से (आवश्यक) अपने सामग्री की मुद्रित कक्षा में एवं "कॉपीराइट कवरेज" और उसके आसपास "को अधिकृत नहीं है कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कॉपीराइट" एनर्जी जारी, राय, व्यवस्था द्वारा उद्धृत से मुझे कॉपीराइट और अपराधिकों के विषय किसी भी प्रकार सम्बंध से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे समाधान के पहले या बाद से करने के लिए "कॉपीराइट कवरेज" में उल्लेख शामिल है।
- 2) मैं (आवश्यक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सफाई के उद्धरणों से प्रभावित है मुझे कसत: सफाई पर सफाई की नकल इस सम्बंध में "कॉपीराइट" एनर्जी उसके अधिकारों का निर्वाह और व्यवस्था होना।

આયેશક સે કલકત્તા યા અનુદે ના મિત્ર



I recommend this candidate for Board of

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment modality and the duration of treatment shall be decided by the Hospital. The Hospital reserves its right to make-up the shortfall from another NGO or any other source, if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make-up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

1) यह कि वही व्यक्ति जो वही व्यक्ति है, जिसे हम (हमself) किम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

- [illegible]

स्वीकृती के लिए संस्तुति

$$30 \mid 12 \mid 24$$

M.B.B.S M.S

(Name of Dr. & Regd No. with Stamp)

कार्डिनल का नाम क्या है ?

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नमो नमो सुखदामो नमो नमो नमो नमो

व्यवहारिक उपयोग हेतु

न्यासो हस्तस्य ।

प्राप्त करणारे २

Safaryal

2018